UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1937-1938 — N° 46

LES

LUXATIONS SECONDAIRES DE LA HANCHE

dans les Fractures Parcellaires du Sourcil Coyloïdien

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 22 Décembre 1937

PAR

Louis MATHURIN

Elève du Service de Santé de la Marine

Né à Pleyben (Finistère), **le 29 Janvier 1913**

Examinateurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur..... *Président.*

JEANNENEY, professeur... *Juges.*

LOUBAT, agrégé..... .....

MASSÉ, agrégé.....

BORDEAUX

IMPRIMERIE BRUSAU FRÈRES

143, Rue d'Arès

1937

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1937-1938 — N° 46

LES

LUXATIONS SECONDAIRES DE LA HANCHE

dans les Fractures Parcellaires du Sourcil Coyloïdien

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 22 Décembre 1937

PAR

Louis MATHURIN

Elève du Service de Santé de la Marine

Né à Pleyben (Finistère), **le 29 Janvier 1913**

Examinateurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur..... *Président.*
JEANNENEY, professeur... } *Juges.*
LOUBAT, agrégé..... ..... } *Juges.*
MASSÉ, agrégé..... } *Juges.*

BORDEAUX
IMPRIMERIE BRUSAU FRÈRES
143, Rue d'Arès

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BÉGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale et gynécologique	PAPIN.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale	GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	DAMADE.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Anatomie	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEUBET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	VITTE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Physiologie	FABRE.		

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	N.	Chirurgie générale	LOUBAT.
id.	DUFOUR.	id.	MASSÉ.
Physiologie	N.	id.	DARGET.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	id.	N.
id.	DELMAS-MARSALET.	Obstétrique	RIVIÈRE.
id.	DE GRAILLY.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	FONTAN.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	BROUSTET.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	DERVILLÉE.	Physique médicale	N.
id.	N.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	N.
Chirurgie générale	CHARRIER.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Anatomie	J. BEAUVIEUX.	Physique médicale et pharmaceutique	AURIAC.
Physiologie	PETITEAU.	Médecine légale	DERVILLÉE.
Médecine opératoire	JEANNENEY.	Urologie	DARGET.
Accouchements	RIVIÈRE.	Botanique	GIRARD.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Bactériologie	MOUREAU.
Puériculture	FAUGÈRE.	Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
Pharmacie galénique	MESNARD.	Chimie minérale	CASTAGNOU.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.		

Ophtalmologie ..... MM. CABANNES (en congé).

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MA GRAND'MERE

Ma Marraine.

A MA MERE - A MON PERE

Que ce travail soit pour vous le faible témoignage de ma gratitude et de mon affection.

A MES FRERES

A MA FAMILLE - A MON ONCLE LE R. P. Dom. COZIEN

Qu'il soit ici remercié de l'intérêt bienveillant qu'il m'a toujours porté.

A MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MES PROFESSEURS
DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A MES JUGES

A MES CAMARADES
DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A Monsieur le Médecin Général CAZAMIAN

Directeur de l'Ecole Principale
du Service de Santé de la Marine des Troupes Coloniales,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier du Mérite Maritime
Officier de l'Instruction publique.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur J. GUYOT

Professeur de Clinique Chirurgicale et Gynécologique
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie
Vice-Président de la Société française de Gynécologie
Chevalier de la Légion d'honneur
Croix de Guerre
Officier de l'Instruction publique

Qu'il nous soit permis de le remercier du très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Nous sommes heureux de lui offrir l'hommage respectueux de notre profonde reconnaissance pour son accueil toujours sympathique et son lumineux enseignement.

Les

Luxations Secondaires de la Hanche

dans les Fractures Parcellaires du Sourcil Coyloïdien

INTRODUCTION

L'observation, dans le service de M. le Professeur Guyot, d'un cas de luxation de la hanche secondaire à une fracture du rebord cotyloïdien nous a incité à essayer de faire une mise au point de cette affection chirurgicale assez rare puisque nous n'avons pu trouver dans la littérature médicale que 116 cas environ publiés, y compris ceux de la simple fracture du sourcil cotyloïdien sans luxation. Généralement, d'ailleurs, l'une ne va pas sans l'autre.

Elles reconnaissent toutes deux le même mécanisme et de là est né le terme de « fracture-luxation » du sourcil cotyloïdien et du fémur. Mais dans ces dernières années, l'attention des auteurs a surtout porté sur la fréquence de cette affection chez les automobilistes. C'est ainsi qu'une des causes de la fracture a été mise en vedette.

Nous ne nions pas qu'elle soit la plus fréquente, mais il existe des fractures-luxations du sourcil cotyloïdien autres que celles observées dans les accidents d'auto. Le cas que nous publions en est une preuve de plus. Nous avons donc essayé de rechercher les points communs à toutes les fractures-luxations du rebord du cotyle — en particulier le mécanisme, qui peut s'identifier dans tous les cas de fractures-luxations qu'elle qu'en soit la cause — et ce justement, à la lumière du mécanisme si simple invoqué lors des accidents d'automobile.

Nous nous sommes proposé également d'insister sur l'indissolubilité de la fracture et de la luxation, celle-ci n'étant que la conséquence, l'aboutissement normal en quelque sorte de celle-là. Nous insistons également sur le traitement. Nous pensons en effet que la question du traitement peut être résolue dès à présent. La chirurgie peut rendre à ces blessés une restitution fonctionnelle quasi-intégrale, — et ceci nous montre le progrè accompli. Nous sommes loin du scepticisme de Richet soulignant « l'inefficacité du traitement ».

Après avoir publié l'observation de M. le Professeur Guyot (accompagnée d'un croquis d'image radiographique) et publié d'autres observations typiques de cas particulièrement démonstratifs, nous aborderons l'historique puis l'étude clinique de l'affection, c'est-à-dire l'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic et le pronostic. Nous poursuivrons par l'anatomie pathologique et la pathogénie et nous terminerons par le traitement. Une bibliographie que nous avons particulièrement soignée renverra le lecteur aux travaux qui l'intéresseront spécialement.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

C'est à l'école anglaise que nous devons les premières observations, il y a un siècle et demi, de fracture du sourcil cotyloïdien avec ou sans luxation.

Astley Cooper, en 1791, constata le premier cas de fracture du rebord de l'acetabulum, à l'autopsie d'un homme porteur d'une fracture du bassin. Vinrent ensuite les observations de J. Scott (1822), Mac Tyer (1831), etc.

En France, le premeir cas fut rapporté par Bréchet en 1836, toujours d'après une autopsie.

Le premier diagnostic sur le vivant fut établi par Robert Smith en 1839, il y a donc bientôt cent ans.

Mais l'étude des fractures du sourcil cotyloïdien devait rester longtemps encore sans progrès appréciable. Il faut cependant noter les noms de Bardet, de Limoges, qui indique les difficultés du diagnostic différentiel (1850) ; de Malgaigne, qui, dans le Traité des fractures et luxations, en publie neuf observations les rangeant dans les « luxations complexes » ; de Richet et Béraud, qui discutèrent longuement entre eux pour savoir laquelle est la première en

date de la luxation ou de la fracture (1862) ; de Senne, enfin, qui, en Amérique, en publie 27 observations (1880).

C'est là la période antérieure à la radiographie. Nous la résumerons en disant que la fracture-luxation du sourcil cotyloïdien pouvait être soupçonnée mais il « était rare que la lésion ait été reconnue avant la mort. » (Hamilton.)

Puis vint la période de la radiographie. Tixier (1899). Groessner (1902) y recourent et, dès lors, on s'aperçut que la fracture était beaucoup plus fréquente que ne l'indiquait la clinique et là où on se contentait de porter le diagnostic de « contusion de la hanche », en particulier on était surpris de trouver des lésions sur le cliché, témoin le cas du Professeur Guyot (1913) qui insiste sur la nécessité de radiographier tout traumatisme suspect.

Les observations dès lors se multiplient. Nous possédons dans le travail de Tchviklinski (Alger, 1923), une documentation approfondie sur la « fracture marginale du cotyle » (71 observations). Mais restaient encore à éclaircir la relation entre la fracture et la luxation, ainsi que leur mécanisme. Jusqu'alors, on les dissociait. Il a fallu attendre ces dernières années pour que prenne peu à peu corps l'idée de cette affection chirurgicale que constitue la fracture-luxation du sourcil cotyloïdien. Parmi les auteurs qui ont contribué à lui donner son individualité dans le cadre nosographique, nous devons citer les noms de Breton et Blondeau, qui en ont isolé le syndrôme radiologique (1927) de Patel, de Roman, Montpellier (1928) ; enfin, de Samuel (Paris, 1936), et de Elias (1936).

Liste des cas recueillis depuis 1923

1923 : Stoccada.

1924 : Rendu, Aris.

1925 : Mathieu Laflotte.

1926 : Leriche (2 cas), Boury Danhiez.

1927 : Caan, Lejars, Breton-Blondeau.

1928 : Westerborn (4 cas), Roman (Latil), Ettore, Annovazi, Lenormant.

1929 : Griswald, Diaz.

1930 : Zadek, Cubbins Cauley (2 cas).

1931 : Brisset.

1931 : Christopher, Lucchese, Charrier (2 cas).

1932 : Patel-Vergnory.

1933 : Gross (3 cas).

1934 : Le Page, Moriconi, Lombard.

1935 : Bréchot.

1936 : Dziembowski, Pachner, De Luca, Massabuau, Dubau-Evrard, Reinhold, Breton.

1937 : Patel-Violet (2 cas), Guyot.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

1° *Fréquence.* — Dans son travail très documenté et s'étendant sur 131 années, de 1791 à 1922, Tchviklinski rapporte 71 observations de fracture du sourcil cotyloïdien. Sur ces 71 cas, nous trouvons environ 54 cas de fractures-luxations, alors que l'auteur n'admet que 12 luxations véritables. Depuis 1923, nous avon pu recueillir 46 cas dont nous donnons par ailleurs la liste, dont 38 luxations-fractures. La fréquence est donc six fois plus forte. Cela tient à la adiographie avant tout, et aussi, nous allons le voir, au développement de l'automobile. Le nombre de cas publiés oscille autour de 120. On trouve en moyenne une fracture du sourcil pour 25 fractures du bassin — pour 1.000 fractures en général.

On est surpris de voir que plusieurs auteurs aient eu l'occasion d'observer plusieurs cas (Mac Tyer, 4; Richet, 5; Chauvin, 2; Patel, 3, etc...), ce qui porterait à croire que la lésion n'est pas tout à fait aussi rare qu'on le pense ou qu'un chirurgien déjà averti en fait plus rapidement le diagnostic.

2° *L'âge.* — C'est surtout entre 20 et 40 ans que la fracture du sourcil se produit. Chez l'enfant, c'est une rareté. Chez le vieillard, une exception. (Cas de Lombard : enfant 6 ans; cas de Maitrejean, enfant; cas de Massabuau, femme de 63 ans; Le Page : femme de 65 ans; Chevalier : 73 ans; Walker, 78 ans). Ceci s'explique par la densité de l'os. La réunion des trois os formant l'os coxal ne se fait qu'entre 16 et 18 ans; après la cinquantaine, c'est surtout la fracture du col qu'on observe par suite de la raréfaction osseuse normale.

3° *Sexe.* — Autrefois, on avait uniquement des cas portant sur des hommes. (Tchviklinski, Sivade, Roman). On l'expliquait par la configuration particulière du bassin masculin. Il semble que cette notion n'ait plus sa valeur. Actuellement sur 13 cas on peut compter 4 femmes. Ceci est dû à l'automobile. Autrefois seuls en effet les hommes étaient exposés à la fracture-luxation au cours des traumatismes violents inévitables dans leurs travaux grossiers.

4° *Côté.* — Il est très difficile de savoir actuellement quel est le côté le plus fréquemment atteint. Les auteurs ayant des avis diamétralement opposés. Nous dirons que les deux côtés sont également exposés et ceci est assez normal.

5° *La cause de la fracture.* — Actuellement, le plus souvent, elle réside dans un accident d'automobile, notion acquise par les travaux de Breton, Blondeau, Roman. Sur 21 cas que nous avons sous les yeux, nous constatons 14 accidents d'auto, donc deux fois sur trois. C'est là une notion capitale. Mais qui ne doit pas faire oublier la part assez importante des chutes et chocs divers — une fois sur trois.

CHAPITRE III

SIGNES ET DIAGNOSTIC

Disons tout de suite que le diagnostic de la luxation de la hanche avec fracture du sourcil cotyloïdien est rarement fait, avant la radiographie. Dans 80 % des cas, ce diagnostic est : luxation simple de la hanche; dans 5 % des cas : contusion de la hanche; dans 5 % des cas : fracture du col.

Ce n'est que dans 10 % des cas environ, que le diagnostic de luxation-fracture est posé. Et il s'agit généralement de chirurgien déjà averti par un cas précédent. Enfin, souvent aussi, la lésion de la hanche passe inaperçue, étant masquée par une fracture de la rotule ou du tibia (cas Zadek, Patel et Gross).

Cependant, à défaut de la radiographie, quels sont les signes cliniques qui pourraient faire penser à cette lésion? Nous envisagerons d'une part la fracture, d'autre part la luxation.

A. — La Fracture. — 1° Penser d'abord aux *commémoratifs*. Généralement on n'admet leur importance que quand il s'agit d'un accident d'automobile. Mais nous in-

sistons sur la nécessité de faire préciser le plus possible au blessé la position où il se trouvait au moment de l'accident. Nous verrons en effet que ces positions sont bien définies au chapitre du mécanisme.

2° *Les symptômes fonctionnels* comprennent avant tout:

la douleur constante, spontanée, ou provoquée par percussion du genou, du pied, rotation — signe des plus constants;

l'impotence fonctionnelle, qui n'est pas très marquée s'il n'y a pas de déplacement. Notre malade pouvait marcher avec ses fractures.

3° *L'inspection* révèle, outre les lésions au niveau du genou, une acchymose « musculaire, située au point déclive des bourses, médiane, tardive, isolée », qui est inconstante mais dont Destot, Tixier et Sivade ont montré la grande valeur.

4° *La palpation* peut révéler : *a*) une douleur exquise siégeant soit au niveau de la crête pectinéale (Tixier, Sivade), soit au niveau de la région rétro-trochantérienne (Boury) — nombreux points signalés au pourtour de l'articulation;

b) la crépitation, signe très précieux, pathognomique, mais malheureusement très souvent absent. 17 fois observée sur 60.

5° *Les mouvements* passifs et actifs de l'articulation sont possibles dans la plupart des cas.

5° *Le toucher rectal* n'indique une lame quadrilatère douloureuse que s'il y a lésion du fond du cotyle.

Pratiquement le diagnostic de la fracture n'est fait que par l'image radiographique.

B. — La Luxation, elle, se révèle, par d'autres signes propres, d'où diagnostic plus aisé. En plus des symptômes déjà énumérés, on constate :

1° que le *traumatisme* causal a été assez violent. La luxation étant le deuxième stade de la lésion, elle n'a lieu que lorsque la fracture n'a pas absorbé toute la violence du traumatisme.

2° que la *gêne fonctionnelle* est très marquée. Il est classique que dans un accident d'auto, le blessé ne puisse sortir seul de la voiture;

3° qu'il existe enfin les *signes de luxation* de la hanche : aplatissement du côté luxé, trochanter remonté, raccourcissement du membre; attitude caractéristique de la jambe qui est en adduction, rotation interne et flexion légère dans le cas de luxation iliaque (en flexion très accusée dans le cas de luxation ischiatique; en abduction dans les luxations anté-cotyloïdiennes, celles-ci étant très rares du reste).

De plus, les mouvements passifs d'abduction et de rotation externe sont impossibles, dans la position iliaque, tandis qu'on peut exagérer la flexion et la rotation interne. Enfin, la tête fémorale peut être sentie dans la fosse iliaque.

4° que la luxation est souvent *incoercible*. C'est là un très bon signe de fracture-luxation et sur lequel insistaient beaucoup les anciens auteurs (Malgaigne).

Mais ce sont là des symptômes de luxation nette, et dans la majorité des cas nous avons affaire à des subluxations. La symptomatologie est alors incertaine. Le diagnostic reste cliniquement hésitant. D'où la nécessité absolue de recourir dans toutes les « contusions de la hanche » à la radiographie, nécessité déjà reconnue dès 1913 par le Professeur Guyot. De même, Nélaton disait qu'en son absence il n'existait aucun moyen infaillible de dépister la lésion dont nous faisons l'étude.

Que donne l'image radiographique ? — Nous pouvons répondre qu'elle nous renseigne immédiatement sur le degré du déplacement de la tête fémorale, mais qu'il est

parfois difficile de l'interpréter dans les cas de fracture sans luxation du sourcil. Dans notre observation, comme dans celle du Docteur Breton, une première radiographie ne montrait ni fracture ni luxation. Cela s'explique par le fait que le fragment encore très adhérent à l'os coxal, ne laisse pas un interligne suffisant pour être décelé par un premier cliché mal orienté.

Diagnostic différentiel.

L'image radiographique, par son objectivité, lève généralement tous les doutes. En son absence, à quoi peut-on penser devant les signes cliniques plus haut énumérés ?

Indiquons rapidement les lésions qui peuvent être confondues avec la fracture-luxation de la hanche et les signes permettant de les en distinguer :

1° *Luxation iliaque simple.* — C'est le diagnostic porté 8 fois sur 10. Cliniquement, on arrive à soupçonner la fracture du sourcil le plus souvent, soit par l'incoercibilité de la réduction, soit par la crépitation, plus rarement par l'ecchymose tardive, ou la douleur exquise au pourtour du cotyle.

La radiographie seule donne la certitude de l'intégrité du sourcil.

2° *La fracture du fond du cotyle* détermine une abduction avec rotation externe. Le trochanter est en place, un peu enfoncé, la hanche est aplatie. La névralgie obturatrice est fréquente. Le toucher vaginal résout la question.

3° *La fracture du col fémoral* est d'un diagnostic assez délicat(de Quervain, Lejars, Follin et Duplay). C'est à elle que l'on pense d'abord. Symptômes communs : douleur, léger raccourcissement, trochanter remonté. Chercher : l'absence de transmission du fémur à la tête fémorale, l'attitude vicieuse spéciale, la rotation externe surtout, l'ab-

sence de signes de luxation, la fixité de la position, qui plaideront pour la fracture du col.

4° *La contusion de la hanche* n'est de plus en plus qu'un diagnostic d'attente. Son domaine se réduit chaque jour. Elle cache des solutions de continuité ou des déplacements méconnus.

5° *La fracture isolée du sourcil cotyloïdien* est rare. Nous avons étudié ses signes plus haut.

6° *La fracture-luxation* de la tête fémorale (voir les cas publiés par F. Papin et par Verbrugge). C'est une lésion très rare : la tête fémorale est décapitée par le sourcil. Cette affection reconnaît le même mécanisme que la fracture-luxation du sourcil. Ce sont là deux formes cliniques de la même lésion. Parfois d'ailleus elles peuvent coexister, et il existe des formes de transition avec fracture de la tête et fracture du sourcil (cas de Breton, cas de Charrier).

7° *La fracture trans-cotyloïdienne avec luxation de la tête fémorale*, signalée par Mégnin qui en rapporte trois cas. Il y a télescopage des deux fragments, entraînant l'effacement de la cavité cotyloïde; la tête fémorale est luxée. La luxation est en rotation externe et se reproduit, ce qui pourrait faire penser à une fracture du sourcil. Le toucher rectal est douloureux.

Le diagnostic différentiel reste donc toujours difficile et on ne doit pas s'étonner de voir les anciens auteurs s'en tenir prudemment à la « contusion de la hanche », eux qui ne possédaient pas l'inestimable concours de la radiographie.

CHAPITRE IV

COMPLICATIONS ET PRONOSTIC

A. — Les complications immédiates, en dehors des lésions musculaires, vasculaires, nerveuses (exemple : paralysie du sciatique dans le cas de Pachner), communes à toutes les luxations, on a noté :

a) *l'irréductibilité*, rare due à la présence du fragment dans le cotyle (cas de Dubau) ou au rebroussement du bourrelet de la capsule (Charrier, 1er cas);

b) *la reluxation* en cours de traitement s'est produit assez souvent jusqu'à deux, trois et quatre fois (voir cas de Breton-Blondeau et cas de Le Page). Cette reluxation peut être primitive, secondaire ou tardive.

B. — Les complications tardives, en dehors des complications générales des fractures : escharres, congestion pulmonaire, phlébites, on a signalé :

a) un corps étranger articulaire (Caan);

b) une arthrite secondaire (Annovazi, Guyot, 1er cas);

c) une absence de consolidation (Badolle, Smith);

d) une consolidation vicieuse (Cathala) avec subluxation de la tête fémorale;

e) des ankyloses : fibreuses (Tixier), ou osseuse (Riedel) ;

f) des douleurs dans le membre sans topographie précise (Breton, Blondeau, Latil) ; une névralgie sciatique (Charrier).

Abandonnée à elle-même, la luxation de la hanche aboutit à une né-arthrose, avec raccourcissement important du membre, et diminution considérable de sa valeur fonctionnelle.

Traitée par les méthodes modernes, la fracture-luxation de la hanche ne comporte plus le pronostic réservé d'autrefois. Nous croyons pouvoir affirmer qu'en dehors de complications ou d'autres lésions associées les blessés peuvent espérer une guérison à peu près complète.

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique de l'affectoin que nous étudions fut pendant longtemps mal connue. Cela provient de la difficulté d'interprétation des radiographies qui souvent ne concordent pas avec les lésions constatées au cours de l'opération ou de la nécropsie. Nous étudierons successivement la fracture et la luxation.

1° *La fracture.* — Tous les auteurs insistent sur le fait que la fracture se produit le plus souvent au segment postéro-supérieur du sourcil, puis viennent en fréquence le segment postérieur et le segment supérieur. On l'explique par la direction du traumatisme et peut-être aussi par l'existence d'un point de moindre résistance à ce niveau (R. Dieulafé).

La grosseur du fragment détaché varie « de la simple éraillure aux 2/3 du sourcil cotyloïdien.

Le nombre des fragments est le plus souvent limité, un seul généralement, parfois deux et trois. La forme est évidemment très variable. Sur les radios, on constate le plus souvent des fragments triangulaires, en virgule, en bec de

canard. Le déplacement du fragment est intéressant à noter. Généralement, il accompagne la tête dans sa migration, se tenant au-dessus d'elle. Mais parfois des adhérences le retiennent et il risque alors de mettre obstacle à la réduction en obturant le cotyle. D'autres fois, il se tord sur son pédicule et sa remise en place est laborieuse.

2° *La luxation.* — Elle est directe et secondaire à la fracture. Elle est très variable en intensité. Parfois elle ne se produit pas ou se réduit d'elle-même. A un degré plus avancé, la tête se met à cheval sur le rebord, chassant le fragment osseux devant elle. C'est ce que Tchviklinski appelle « simple déplacement ». Enfin au degré ultime, la tête atteint franchement la fosse iliaque.

3° *Les autres lésions associées* peuvent être nombreuses.

Il peut y avoir : fracture de la tête fémorale, « décapitée par le rebord cotyloïdien », le fragment restant dans le cotyle, retenu par le ligament rond (cas de Breton). D'autres fois, il y a fracture associée du trochanter, du col du fémur (cas Patel), etc...

Très souvent enfin lésions du côté du genou.

Les autres lésions du côté du bassin, des muscles, des nerfs et des vaisseaux n'ont rien de spécifique. Elles peuvent se produire dans toute luxation de la hanche.

CHAPITRE VI

PATHOGENIE

Il est tout à fait curieux de constater que ce qui nous paraît évident aujourd'hui fut autrefois l'objet de vives discussions. Jusqu'à Tchviklinski, et même après (Proust et Soupault, 1928), la fracture du sourcil cotyloïdien était considérée comme une complication de la luxation de la hanche; celle-ci se produisant en premier lieu, par le mécanisme classique indirect. Les auteurs contemporains sont formels : la luxation suit la fracture. Notre observation personnelle apporterait encore là-dessus une preuve indiscutable si besoin en était. Nous avons d'autre part choisi d'autres observations qui permettent de suivre comme « au ralenti » tous les stades des lésions.

Ceci étant bien posé, quel est le mécanisme intime de la lésion. Représentons-nous bien les deux surfaces osseuses en présence, d'une part le rebord cotyloïdien, de l'autre la tête fémorale. Celle-ci doit s'appuyer sur le rebord d'un contact intime. Si elle s'appuie sur le fond du cotyle il y aura fracture et luxation intra-pelvienne de la tête, Si elle s'appuie sur la capsule il se produira une luxation

ordinaire de la hanche ou simplement une entorse. La tête appuie sur le rebord dans plusieurs positions du membre; mais la position de contact optimum est la position de flexion du fémur avec légère adduction et légère rotation externe et interne. Elle n'est pas toujours réalisée : la flexion seule est parfois en cause, d'autres fois c'est l'adduction seule.

De ces deux os en contact et selon la provenance du traumatisme, l'un va transmettre la force à l'autre qui reste immobile. Il y a donc deux éventualités :

a) *l'os coxal est soumis à une force* qui peut venir d'un point quelconque du tronc : dos, épaule, bassin; la tête fémorale sert de résistance et fait éclater le sourcil, c'est le cas, disons le tout de suite, le moins fréquent, de l'homme qui tombe sur le dos, sur le bassin ou qui plus souvent reçoit brusquement une masse sur les épaules ou le dos (cas d'un éboulement par exemple : Guyot 1913);

b) *la force est transmise par la tête fémorale.* — Cette force provient alors de trois points d'appui principaux.

1° *du grand trochanter,* c'est le cas assez fréquent de toutes les chutes et contusions au niveau de la hanche (cas Guyot 1937);

2° *du genou,* et c'est le cas désormais classique et de plus en plus observé des automobilistes. Le sujet est assis sur le siège, cuisse fléchie. Pour une raison ou pour une autre, l'auto s'arrête brusquement, tandis que le voyageur entraîné par sa force vive, poursuit son chemin, ses genoux allant heurter le tableau de bord. D'où presque toujours lésions à ce niveau de diverse nature, allant de la simple écorchure à la fracture ouverte. Il est évident que le conducteur présente ce tableau clinique moins souvent que la personne qui l'accompagne, car il va s'écraser sur le volant d'où : fracture de côtes, etc...

3° *des pieds* (les jambes étant en extension). C'est le cas de la personne qui tombe d'une certaine hauteur sur les pieds; exemple : cas de Tanton : un aviateur qui fit une chute de 16 mètres. Mathieu dans son observation, fait remarquer que le sujet avait les jambes rapprochées et était très musclé.

Le mécanisme que nous exposons a été vérifié, outre les observations cliniques, par diverse expériences sur le cadavre. Tchviklinski percute (avec une masse de 3.500 kgs) une fois les condyles fémoraux, la cuisse fléchie. Il obtient une fracture du sourcil cotyloïdien en arrière. Chose curieuse, il n'en tire aucune conclusion. Sur neuf coups portés au niveau du grand trochanter avec un maillet en bois de 1 kilog, le membre étant en rotation interne et légère adduction, il eut trois fois une fracture du sourcil. Un coup sur le genou, le membre inférieur étant en rectitude ne donne rien ou donne une fracture du col (Kusmin, Tchviklinski).

Tanton, Mathieu Laflotte, Bonnet et Areitza, par leurs cas cliniques, démontrent l'importance d'un traumatisme sur le pied. Expérimentalement, la preuve n'a pu être faite.

Cliniquement, l'accident d'auto est aujourd'hui en cause deux fois sur trois. Autrefois, c'était au choc sur le trochanter que revenait la part la plus importante dans l'étiologie. Sur 41 cas de Tchviklinski, on peut noter : 19 chutes ou traumatismes au niveau de la hanche; 7 traumatismes sur le tronc; 6 fractures directes par balles; 3 chutes sur les pieds; 2 sur les genoux; 2 cas par adduction forcée; un cas par rotation externe forcée et un cas par abduction forcée.

Pour résumer, nous dirons que les fractures-lésions du sourcil cotyloïdien s'expliquent quelle qu'en soit l'étiologie, par un mécanisme simple et que ce mécanisme, servant de lien entre elles, suffit à leur donner dans le cadre de la clinique, une individualité bien déterminée.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Dans son observation de 1847, sur un ouvrier allemand auquel il fit à trois reprises différentes, une réduction de luxation de la hanche « en ayant recours aux moufles », chez lequel il fit même de l'extension continue, Hamilton nous dit que, le revoyant sept ans plus tard, il avait encore sa luxation iliaque, « qu'il boîtait affreusement, mais pouvait faire de longues marches et travailler autant qu'avant l'accident ». Par cet exemple, nous pouvons donc nous imaginer ce que pouvait être l'avenir fonctionnel de nos blessés. Actuellement, qu'avons-nous à notre disposition pour obtenir un meilleur résultat. Le traitement vise à la réduction de la luxation et surtout au maintien de la tête féomrale dans la cavité cotyloïde.

1° *Comment obtenir la réduction ?* — Elle sera faite sous anesthésie générale et même, en cas de grosses difficultés, on aura recours à la rachi-anesthésie qui donne un relâchement musculaire beaucoup plus complet. Ce ne sont pas en effet les ligaments de l'articulation qui semblent

rendre une luxation irréductible, mais les contractions des muscles, comme le soutiennent Bloch, Voncken, etc...

Le blessé sera ensuite soumis aux manœuvres de la réduction, qui ne seront pas les manœuvres classiques de la réduction de la luxation de la hanche. Nous avons affaire ici à une luxation « directe ». La réduction doit être directe. Le principe reste toujours le même. On fait parcourir au retour, à la tête fémorale, le chemin qu'elle a parcouru à l'aller. Le patient est mis dans l'attitude supposée au moment du traumatisme. On fait la traction directe, qui réduit la luxation et la fracture. Une fois la tête en place, on sent généralement un ressaut caractéristique. On peut essayer la reluxation et chercher dans quelle position elle se reproduit le plus facilement. On immobilise dans une position aussi opposée que possible à celle-ci.

2° *Comment immobiliser ?* — Ici deux grands moyens pouvant également donner d'excellents résultats : le plâtre et l'extension continue. Dans les cas très légers, le simple repos au lit peut même suffire. Le grand appareil plâtré (employé par Le Page, Breton et Blondeau, Leriche) semble actuellement devoir être remplacé par l'extension continue, plus maniable et de plus en plus utilisée. Nous dirons que c'est le traitement le plus logique puisqu'il tend à s'opposer à la contraction musculaire. La force de traction sera de l'ordre de 5 à 10 kgs.

Plus importante encore est la position dans laquelle le membre doit être immobilisé. C'est la position dans laquelle la tête fémorale s'applique le plus exactement au fond du cotyle sans appuyer sur le fragment osseux, c'est-à-dire : la position d'abduction, point essentiel, et de rotation externe. Suivant le siège du fragment détaché, il faut mettre la cuisse soit en extension complète, soit en légère flexion.

Combien de temps faut-il faire de l'extension continue ?

Le temps de consolider la fracture sans entraîner la raideur articulaire, soit entre un et deux mois.

« La simple extension continue peut et doit donner dans les cas non compliqués des résultats parfaits » (Massabuau et Guibal). L'appareil plâtré n'empêche pas les reluxations (cas de Le Page), et quand il ne donne pas d'autres complications : escharres, névralgies, phlébites (2 cas), etc...

Dans vingt observations que nous avons sous les yeux, nous voyons que le plâtre a été employé sept fois, avec quatre bons résultats (un excellent : Patel) (1932); Staccada, Leriche (2 cas); une reluxation (Le Page); une arthrite (Annovazi), une articulation enraidie (Lenormant), un cas avec escharres et phlébites (Breton). L'extension continue donne sur huit cas : sept résultats satisfaisants; une arthrite (cas d'Annovazi).

Dans certains cas, plâtre et extension continue ont été combinés (Stoccada, Breton).

3° *Mais en cas de luxation irréductible :* Essayer d'abord la rachi-anesthésie. Si le résultat n'est pas atteint, il faut chercher la cause de l'irréductibilté; elle provient souvent du fait de la chute du fragment du sourcil dans la cavité cotyloïde. Cette chute peut être même due à des manœuvres intempestives (cas de Diaz). Il faut alors de toute façon aller l'enlever. Jusqu'ici on est toujours intervenu par des moyens chirugicaux. Il semble que l'intervention doive disparaître au cours de l'évolution des moyens orthopédiques. Dans l'observation que nous citons par ailleurs de Dubau et Evrard, ces chirurgiens ont réussi la réduction au cours d'une deuxième tentative, alors qu'il y avait un éclat osseux dans le fond du cotyle, en combinant deux tractions, l'une dans l'axe du fémur fléchi à angle droit, l'autre en dehors de la racine du membre.

Si cette manœuvre échoue, on a recours à l'intervention sanglante en abordant la hanche suivant les précieuses indications de la radiographie. On va désenclaver le frag-

ment osseux pour pouvoir faire la réduction. Si le fragment détaché est très volumineux, rendant la luxation incoercible, il faudra faire une pexie du fragment (Murphy). Charrier), ou confectionner une butée (Charrier, Diaz). Cubbins, Cauley et Callaham vont jusqu'à envisager l'arthrodèse. Elle doit rester en tout cas exceptionnelle.

Une deuxième cause d'irréductibilité provient de l'ancienneté de la luxation. On considère généralement qu'une luxation est irréductible au bout de huit semaines. En ce cas, on peut toujours essayer la réduction par traction continue pendant huit à quinze jours (2e cas de Charrier). Si rien ne se produit, on procède à la reposition sanglante.

Soins consécutifs. — La période d'immobilsation passée, on pratiquera le massage et l'électrothérapie des muscles combinés à des mouvements d'abord passifs, puis actifs du membre. La marche sera reprise très prudemment (et peu à peu).

Résultats. — Les résultats anatomiques sont assez difficiles à juger. Stoccada et Lejars signalent des résultats parfaits. Mais plus souvent on a constaté soit un raccourcissement, avec ou sans subluxation, soit une absence de consolidation ou même de réduction, soit une arthrite secondaire.

Les résultats fonctionnels, plus évidents, sont en grande majorité favorables. Il peut cependant persister de la boîterie, de l'ankylose, des douleurs, de la limitation de certains mouvements en particulier de flexion.

Nous terminerons par cette phrase optimiste de Leriche: « Dans deux cas que j'ai observés, les résultats fonctionnels lointains ont été meilleurs que je ne le supposais *a priori*. »

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

(du Professeur Guyot, *inédite*).

(*Choc au niveau du trochanter; fracture méconnue du sourcil cotyloïdien; luxation de la tête fémorale douze jours après à l'occasion de la marche. Traitement par l'extension continue. Bon résultat fonctionnel.*)

M. B... Gérard, plombier-zingueur, 44 ans, est le 14 juin 1937, au soir, victime d'un accident. Il rentrait à bicyclette lorsqu'il est pris en écharpe par une auto venant de sa droite. Il est pour ainsi dire couché sur l'aile et le marchepied de la voiture. Le choc a porté à la fois au niveau du genou droit, de la hanche droite et du thorax en avant. Le blessé ne perd pas connaissance mais ne peut se relever seul. L'auto le ramène chez lui où il passe la nuit, croyant son accident sans gravité. Ce n'est qu'au matin, quand il s'aperçoit qu'il ne peut appuyer sur la jambe droite, qu'il fait venir un médecin qui lui conseille d'entrer à l'hôpital, où il est admis dans le service du Professeur Guyot.

A l'examen, il accuse des douleurs multiples au niveau de la hanche, du thorax et du genou, mais les plaies sont superficielles. Celle du genou est à la face externe. Il n'y a pas de raccourcissement du membre, pas de crépitation, pas de déformation de la hanche. Les mouvements sont possibles, un peu douloureux; le blessé peut en particulier lever le talon

au-dessus du plan du lit. Il accuse un point douloureux rétro-trochantérien à la palpation. On fait une radiographie de la hanche. Elle ne révèle rien d'anormal et le diagnostic de contusion de la hanche est porté par élimination.

Le blessé reste dix jours au repos à l'hôpital, puis demande à partir. Il sort le 26 juin au matin, boitant, fait quelques courses en ville, mais le jour même, en descendant d'un tram, sans faire de mouvement forcé ni de chute, il ressent « comme un choc dans sa hanche droite ». Il ne tombe pas mais ne peut marcher et se fait aussitôt transporter à l'hôpital où l'on constate des signes assez nets de luxation iliaque du fémur droit : raccourcissement, attitude fixe en adduction et rotation. Un toucher rectal ne révèle pas de point douloureux. Une radiographie (voir le croquis) confirme le diagnostic de luxation, mais montre en outre que le sourcil cotyloïdien est intéressé. Il existe au-dessus de la tête fémorale luxée un fragment triangulaire à pointe tournée vers en haut, d'une hauteur de 4 cm., et d'une base de 2 cm. D'autre part, au-dessous de la tête, apparaît un autre fragment plus petit, détaché semble-t-il, de la partie antéro-inférieure du sourcil, fragment qui a également suivi le déplacement de la tête.

La luxation est réduite sous anesthésie générale. Elle ne se reproduit pas. Le blessé est alors soumis à un traitement par extension continue pendant 50 jours, le membre étant en abduction. Il ne se produit aucun incident pendant ce temps. Des radiographies faites montrent en particulier que la tête fémorale répond bien à la cavité cotyloïde, que le fragment supérieur est à peu près revenu à sa place tandis que l'inférieur (non réduit) est toujours devant le col.

Le membre est ensuite soumis à la mobilisation progressive et au massage. Mais, impatient, le malade veut quitter l'hôpital le plus tôt possible. Il en sort le 19 août, reste chez lui, faisant quelques courses, et se remet peu à peu à son travail. Nous l'avons vu une première fois, au début de novembre. Il boitillait et se plaignait de douleurs au niveau de l'articulation. Les mouvements de flexion et de rotation interne étaient nettement limités. A la mobilisation, on entendait des craquements dans l'articulation.

Nous l'avons revu une deuxième fois fin novembre. A ce moment, le sujet a repris son travail très dur de plombier-zingueur qui l'oblige à être constamment sur une échelle ou sur un toit. Malgré cela il ne se plaint de sa hanche que vers le soir quand il est fatigué. Les mouvements de celle-ci sont devenus plus amples. Le sujet peut s'asseoir, s'accroupir presque; cependant les craquements se perçoivent encore. Une radiographie ne montre rien d'anormal au niveau de l'articulation. On note toujours le fragment inférieur devant le col fémoral.

En somme, la récupération fonctionnelle est bonne, sinon complète, et nous pensons qu'elle doit encore à l'avenir devenir meilleure.

Croquis de la radiographie de M. B... (26 juin 1937)

La tête fémorale apparaît nettement luxée. Au-dessus d'elle apparaît le fragment triangulaire détaché du sourcil cotyloïdien en haut et en arrière. Devant le col fémoral existe un deuxième fragment plus petit provenant de la partie antéro-inférieure du sourcil et relié à lui par les tractus fibreux de la capsule.

OBSERVATION N° 2

(Guimbellot, Lyon.)

Voici une observation d'une analogie curieuse avec notre observation personnelle : même absence de diagnostic au début, même luxation quelques jours après.

Le commandant, Léon B... fait le 3 aout 1918 une chute de cheval sans pouvoir préciser la position du membre inférieur blessé au moment où il touche le sol. Il ressent une violente douleur et ne peut se relever, transporté à l'ambulance il est aussitôt examiné. Il n'existe pas de signes de fracture ni de luxation, tout au moins franche, et le diagnostic de contusion de la hanche est porté. La radio n'est pas faite.

Dès le second jour de repos le blessé qui est un homme énergique veut reprendre la marche avec des béquilles. Mais sous l'influence soit de la marche soit de la rétraction musculaire il se fait progressivement un raccourcissement du membre. Le 10 août le raccourcissement est net de plus de 2 cm. Il existe une flexion légère et une rotation interne irréductible. La tête fémorale est sentie dans la fosse iliaque externe. La radio montre en outre un fragment osseux triangulaire au-dessus de la tête luxée. Ce fragment provient du sourcil cotyloïdien fracturé.

Le 12 août le Dr. Guimbellot procède à la réduction de la hanche avec la technique habituelle de réduction des luxations de la hanche sous anesthésie générale. La luxation ne se reproduit pas. Le traitement consiste en une extension continue de 4 à 5 kilogs par l'appareil de Tillaux pendant une dizaine de jours.

Le 30 août le malade commence à se lever et à marcher. Le 3 septembre il quitte l'ambulance en bon état. Il passe un mois dans un hôpital de l'intérieur, est soumis pendant 15 jours à la mécanothérapie, puis prend 20 jours de convalescence.

Le 6 novembre, il est de nouveau aux armées, assiste

à l'entrée à Metz, où il peut « valser comme un perdu à tous les bals ». Plus tard il ne subsistera qu'une très légère douleur pour passer de la position assise à la position debout et lors des mouvements de flexion forcée de la cuisse.

OBSERVATION N° 3

du médecin-capitaine Dubau et du médecin-lieutenant Evrard

(*Choc sur le trochanter. A la radio : luxation de la hanche et fracture du sourcil; premier essai de réduction : le fragment osseux se loge dans le cotyle. Au lieu d'une intervention sanglante il est procédé à un deuxième essai ingénieux de réduction.*)

Le 11 juillet 1936, le soldat G..., soldat très musclé, est renversé par une automobile, étant en motocyclette. Il ne peut se relever. A l'hôpital, où il est conduit aussitôt, on porte, une heure après l'accident, le diagnostic assez facile de luxation iliaque gauche de la hanche.. Il existe une douleur vive aux essais de mobilisation. Une radiographie montre un cotyle déshabité surmonté par un fragment osseux, provenant du sourcil cotyloïdien. Sous anesthésie rachidienne on provoque un ressaut et des craquements violents qui font interrompre les manœuvres de réduction.

Une deuxième radio montre alors que la tête fémorale est revenue en face du cotyle, mais que le fragment osseux occupe le fond de la cavité, empêchant la réduction.

Il est alors procédé à une manœuvre ingénieuse : traction sur le fémur fléchi à angle droit, combinée à une traction puissante en dehors de la racine du membre. Nouveau ressaut et le membre recouvre sa mobilité normale. Une troisième radio fait voir que la luxation est parfaitement réduite. Immobilisation simple sur un lit dur, avec traction continue dans un Thomas. Le trentième jour, mobilisation au lit. Le 35e, lever. Le 26 août, la récupération fonctionnelle est bonne: le sujet peut s'accroupir sans douleur. Fin octobre, il reprend

son service. Trois mois après, le résultat final est excellent. Le blessé n'a plus aucun trouble.

OBSERVATION N° 4

BRETON (Marc) et BLONDEAU (A.) (1927)

(Observation du cas-type accident d'auto.)

M. Z..., le 10 juillet 1925, était assis à côté du conducteur quand la voiture bute contre un arbre. Il est projeté en avant les genoux allant heurter le tableau. Le lendemain, à l'examen, on constate : plaies légères des deux genoux, attitude de luxation en arrière (flexion, adduction et rotation interne). La réduction est faite sous anesthésie facilement. Les deux genoux sont réunis. Mais une semaine après, en fléchissant les cuisses, la luxation se reproduit. On pense alors à une fracture du sourcil cotyloïdien. On réduit à nouveau. L'image radiographique montre à ce moment la tête en position normale, surmonté d'un fragment de 5 cm. détaché de la partie postérieure du rebord de l'acetabulum. On garde le malade au lit pendant trois mois. Les suites sont bonnes avec cependant quelques douleurs dans la cuisse et la jambe, une limitation discrète de l'abduction et une boiterie très légère.

OBSERVATION N° 5

PATEL et VIOLET (1937)

(Luxation méconnue. - Intervention sanglante.)

Une femme de 45 ans est victime d'un accident d'auto. La lésion de la hanche passe inaperçue en raison d'une fracture ouverte de la rotule du même côté. M. le Professeur Patel voit la victime huit mois après l'accident, constate une subluxation de la hanche avec fracture du sourcil cotyloïdien. Par une intervention sanglante, il va faire un bloquage de la hanche à l'aide d'un greffon osseux prélevé sur l'aile iliaque Le résultat fonctionnel fut bon.

CONCLUSIONS

L'affection que nous avons étudiée était rangée autrefois dans les « luxations complexes » ou les contusions de la hanche.

1° Il y a environ quelques 120 cas publiés de fracture du sourcil cotyloïdien, dont 70 cas de luxations secondaires. Leur fréquence augmente sensiblement. Ceci est dû au diagnostic mieux fait et aux cas nombreux suivant les accidents d'automobile.

2° Le mécanisme le plus simple et le plus souvent en cause, deux fois sur trois, est le suivant : un choc sur le genou, la cuisse étant fléchie, provoque l'éclatement du rebord cotyloïdien sous la pression de la tête fémorale. Une fois sur trois, le choc porte soit au niveau du trochanter, soit au niveau des pieds, soit au niveau des épaules ou du dos. La luxation suit la fracture quand celle-ci n'absorbe pas toute la violence du traumatisme. Fracture et luxation sont donc les deux termes d'une même affection chirurgicale : la « fracture-luxation » du sourcil cotyloïdien et du fémur.

3° Les signes cliniques sont avant tout ceux d'une luxation de la hanche. La réduction est facile ainsi que la reluxation. Les signes de fracture sont peu nets. La clinique permet de poser le diagnostic de luxation, de soupçonner

la fracture. La radiographie, toujours nécessaire, affirmera celle-ci. Les commémoratifs sont importants.

4° Le diagnostic différentiel le plus difficile se pose avec celui de la fracture du col fémoral. Ici, le membre inférieur est en rotation externe.

5° Le pronostic est devenu favorable.

6° Le traitement est avant tout orthopédique. Le fémur remis en place est maintenu en abduction, légère rotation externe, flexion ou extension suivant les cas, par une extension continue de 5 à 10 kilogs pendant 30 à 50 jours.

Le traitement chirurgical n'est à envisager que dans les cas rares : de luxations anciennes ou d'enclavement irréductible du fragment osseux dans le cotyle.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : Bon à imprimer.
Le Président,
J. GUYOT.

Vu: *Le Doyen*,
PIERRE MAURIAC.

Vu et permis d'imprimer.
Bordeaux, le 11 Décembre 1937
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

ACH. — Doppelseitige traumat. Hüftgelenkslux. 4 - 4 - 30. — *Münch med Woch.*

ANNOVAZI. — Fr. du sourcil et de la partie post. sup. du toit du cotyle avec subluxat. il. du fémur. *Bolletino d. Specialita med.-chir.*, 1928, p. 224-237.
Journal de Chirurgie, 1929, t. I, p. 856.

ARIS. — Contribut. à l'ét. des fr. du bassin chez l'enfant. — *Thèse Paris*, 1924.

ARNOLD H. et M. BAYUNI. — Fr. du fémur avec luxat. de la hanche du même côté. *British J. of S.* oct. 34, vol. 22.

BAUDET-DAMBRIN. — Deux cas de lux. de la hanche observés chez les automobilistes. *Archives de l'Ac. de Chir.*, n° 128.

BERTHOD. — Contrib. à l'ét. crit. de la contusion de la hanche. *Thèse Lyon*, 1922.

BLOCH (R.). — *Soc. nat. chir.*, 4 mai 1932.

BOSY. — Note sur le diagn. sublux. hanche. *Marseille medical*, 1925.

BOURHY-DANHIEZ. — *Presse médic.* 1 1926, p. 458 (Observat. d'un cas de fr. lux. consécut. à une chute sur le dos).

BRÉCHOT (A.). — Fr. du col. avec sublux. de la tête fém. — *Mém. Acad. Chir.* 11 nov. 1935, p. 1425.

BRETON (M.). — Observation dans Samuel. *Thèse Paris*, 1936. (*Fract. lux. chez un automobiliste.*)

BRETON-BLONDEAU. — *Journal de Radiol. et d'Electr.*, 1927, 430-4. (Deux fract. lux. chez automobilistes.)

Brisset-Lemoine. — Luxat. tr. il. post. inf. avec arrachement du sourcil cot. 4 nov. 1931, p. 1411.

Caan. — Le lux. fr. de la hanche au point de vue de leur traitement. *Münch. med. Woch.* 1927, p. 56, — *J. de Chir.* 1927, 2 - 127.

Charrier. — Deux cas de lux. tr. irréduct. de la hanche. Reposit. sanglante. Résultats fonctionnels satisfaisants. *Soc. nat. Chir.* I - VII - 1931.

Chauvin-Hayem. — Deux cas de fr. limitées du sourcil cotyl. au cours de lux. de la h. *Revue d'Orthop.* Paris, nov. 1922, p. 543.

Chevalier. — *Lyon méd.* 1922, p. 539.

Christofer. — Post. dislocat. of hip with fract. of rim of acetab. *Surg. clin. North Amer,* février 1931.

Corret. — *Rev. méd. Est, avril* 1935. (Luxat. tr. de la hanche.)

Cubbin, Courey, Callaham. — Fr. de l'acetabul. *Surg. Gyn. and O.,* sept. 1930, p. 387.
Revue d'Orthop. 1931, n° 18, p. 179.

Delbet. — Présent. de radiog. *Soc. nat. Chir.* 14 juin 1911.

Destot. — Lyon méd., 9 février 1923.

Diaz. — *Soc. nat. Chir.,* 23 oct. 1929. Rapport de Mouchet. (Une observation de luxat. irréductible).

Dubau (médecin capitaine), Evrard (médecin-lieut.). — Lux. tr. de la h. primit. irréduct. par interp. *Mém. Acad. Chir.,* 2 déc. 1936, p. 1330.

Dziembowski. — Fr. du sourcil cot. avec lux. de la h. *Polski Przeglad Chirurgiczny* (Varsovie), t. 14, n° 2, 1935. *J. de Chir.,* mai 1935.

Elias. — Luxat. traumat. de la h. et fr. du sourcil cotyl. — *Thèse Montpellier,* 1936.

Eve. — Deux de fracture du sourcil avec lux. de la h. *Méd. Chir. trans.,* London 1880.

Ettore. — Frattura del del ciglio cotiloideo. *Archivia di Orthop.,* 1928, XLIV, 4, p. 637.

Estor. — La contus. de la h. *Rev. d'Orthop.* 1923, p. 297.

Guibal (A.). — Consid. sur les fr. du sourcil cot. *Gaz. méd. du Languedoc,* 1931.

Glynk. — Two cases of traum. disloc. of hip in children. Lancet, mai 1932.

Griswald and Herd. — Dislocat. of hip with fract. post. rim of acetab. *J. Indiana, M. A.*, avril 1929.

Gross. — *Centralblatt f. chir.* nov. 1933, p. 2513. « Fract.-luxat. de la hanche des automobilistes. »

Gruca. — Luxat. il. invétérée du fémur avec fr. du cotyle. *Chirurga narzadow Ruchu y Ortopedja.* Polska (Varsovie), vol. 9, fasc. 4, 1936.

Guimbellot. — *in Thèse Sivade,* Lyon, 1921. (Observat. de fr. lux.)

Guyot. — Sur un cas de fracture du sourcil cotyloïdien g. chez un accidenté du travail. *Journal de méd. de Bordeaux,* 1913, p. 598 et 599.

Hartmann. — Fr. de la cav. cotyl. *Journal des pratic.* 7 fév. 1931, p. 85.

Jeanneney et Massé. — Trois cas de fr. du cotyle. *Journal de méd. de Bordeaux,* 30 mars 1936, p. 238.

Koven. — Fr. of rim of acetab. *Am. J. of Surgery,* mars 1927.

Latil. — *in Thèse Roman, Montpellier,* 1928 (Une observation de fr. lux.)

Leinati. — New case of ischio-acetabular. (Walther) fracture. *Chir. di organi di movimento,* janv. 1936, 410-420.

Lejars. — Explor. clin. et diagnost. chir. Masson 1927, 535-

Lenormant (Ch.). — Fr. de la cav. cotyl. *Presse médic.*, 23 juin 1928, p. 788-791. *Le Concours médic.*, 4-11-28.

Leriche. — Traité de thér. chir. Masson, 1926, t. I,, 569. - t. II, 384.

Lombard Curtillet. — *Soc. de Chir.*, Alger, I - avril 1934. (Une fr. lux. chez un enfant de 6 ans.)

Luca (de). — Détachement of acetab. or superior cotyloïd bone. *Chir. di organi di movim.*, août 1936, 234-238.

Lucchese. — Fr. du cotyle. *Archiv. ital. di chir.* (Bologne). août 1931, p. 719. — *J. de Chirurgie,* 1932, t. 39, p. 796.

Maitrejean. — Lux. traumat. de la hanche chez l'enfant. *Thèse Lyon,* 1924.

Massabuau. — *in* thèse Elias. Montpellier, 1936. *Bullet. Soc. sc. mdé. de Montpellier*, mai 1936 (Fr. lux. chez un homme de 63 ans).

Mathieu Laflotte. — Sublux. et fract. du sourcil (chute sur les pieds). *Presse médic.* 1925, 2 - 1018.

Megnin. — Fract. transcot avec luxat. de la tête fém. *Mém. Acad. Chir.*, 2 déc. 1936, p. 1331.

Moriconi. — Frattura del ciglio cot. senza luzz. della testa fem. *Gazz. int. med. chir.*, mars 1934.

Pachner. — Traumatic disloc. of hip-joint with paralysis of sciatic nerve and fract. of border of acetabulum. *Bollet. e mem. Soc. piemontese di chir.* 6 - 79-96, 1936

Padovani (P.). — Le trait. des fr. de la cav. cotyl. *La Médecine*, n° 16, nov. 1932.

Page (Le). — Luxat. de la h. avec fr. du sourc. cot. chez une femme de 65 ans. *Bullet et Mém. de la Société des Chirurgiens de Paris*, 19-1-1934.

Paitre. — Les fr. de la cav. cotyl. *Bullet. méd.* n° 8, 20 fév. 1932.

Papin (F.). — Lux. de la h. avec fr. part. de la tête fém. et fragm. restés inclus dans la cav. cotyl. *Bull. Soc. nat. Chir.* Paris 1925, p. 880.

Patel. — Contus. de la h. et fract. avoisin. l'art. de la h. *Lyon Chir.* 1922, p. 632.

Patel Vergnory. — Lux. de la h. avec fract. du s. c. *Lyon Chir.*, sept-oct. 1932.

Patel - Violet. — Fr. du sourcil cot. avec ascension de la tête fém. coïncidant avec une fract. du membre inf. (2 cas). *Lyon Chir.*, janv.-fév. 1937, p. 84-86.

Proust - Soupault. — Précis path. chir. Masson, 1928, t. II, p. 207.

Quervain (de). — Traité de diagn. chir. Maloine, 1922, p. 692.

Reinhold. — *in Thèse Samuel*, p. 21, Paris, 1936. (Une obs. de fr. lux. chez automobiliste).

Rendu. — Les lux. tr. de la h. chez l'enfant. *Revue d'Orthop.*, 1924, p. 497.

ROMAN. — *Thèse Montpellier,* 1928. (Fr. margin. du cotyle avec luxat. coxo-fémorale).

SAMUEL. — Thèse Paris 1936. (La luxat. de la h. avec fr. du sourcil cotyl. observée chez les automobilistes).

SIVADE. — *Thèse Lyon* 1921. (Contribut. à l'ét. des fr. du sourcil cot. avec luxat de la hanche.

STOCCADA. — Fr. du s. cot. avec lux. il. incoercible de la tête du fémur. *Archivio ital. di chir.,* nov. 1923, p. 334-340. — *Analyse dans Journ. de Chir.,* t. 23, 1924, p. 333, par Lenormant.

TANTON. — Tr. de Le Dentu-Delbet, 1916, IV, 2, p. 570. (Baillère.)

TCHVIKLINSKI. — *Thèse Alger,* 1923. (Contribut. à l'ét. des fr. du sourcil cot.

TIXIER - PATEL. — *Précis de patho. chir. Masson,* 1928, t. VI, 451.

VERBRUGGE. — Fr. part. de la tête fém. avec lux. de la h. *Soc. nat. Chir.,* 7 déc. 1932, p. 1511.

VILLANDRE. — Réduct. sanglante d'une lux. en arr. de la h. datant de 3 mois. Soc. méd. chir. milit. *Lyon Méd.,* 1917, p. 523.

VINON - CATHALA. — Luxat. tr. de la h. et fr. du s. cot. *Bull. Soc. sc. méd. et biol. Montpellier,* 1920, pp. 217.

VONCKEN. — A propos d'un cas de lux. traumat. de la h. *Soc. nat. de Chir.,* 14 juin 1933, p. 987.

ZADECK (Is.). — Complicated traum. disloc. of the hip. report of three cases. *Journal of Bone and J. S.,* avril 1930, p. 419.

WESTERBORN. — Contrib. à la connaiss. des fr. et lux. du bassin; supplément aux *Acta chir. Scandinavia,* 1928, vol. 63, p. 73; *in Journal de Chir.,* 1928, t. II, p. 368.

Imprimerie BRUSAU FRÈRES, 143, Rue d'Arès, Bordeaux